

# طلب الحصول على مُساعدة

APPLICATION FOR BENEFITS

## أسئلة وأجوبة

إذا احتجت إلى مُساعدة لقراءة هذه الوثيقة، الرجاء طلب المُساعدة من موظف الاستقبال.



مُساعدة مالية



مُساعدة غذائية



مُساعدة طبية



مُساعدة عامة لمن لا يتأهل  
للعمل



عناية التمريض في المنزل  
أو المساعدة للأحياء

أشخاص  
مساعد  
أشخاص

## سؤال: كيف أتقدم بطلب للحصول على المُساعدة؟

**جواب:** سهل جداً، اهلاً باستماراة الطلب. ضع علامة في المربع في أعلى الصفحة 2 إذا احتجب إلى مُساعدة للأهزة الاستماراة. يؤثر تاريخ تقديم الطلب على تاريخ بداية الحصول على المُساعدة. إذا تقدمت بطلب نيابة عن شخص آخر، أجب عن الأسئلة باستعمال المعلومات المتعلقة بذلك الشخص. سوف تحتاج لعرفة، على الأقل، اسمك وعنوانك وتوقيعك في الصفحة 2، للبداية في الإجراءات، والصفحتين 3 و 4 لإكمال إجراءات الطلب. إن لم يكن لك عنوان قار، نرجوك أن تتحدث إلى موظف الاستقبال عند ارجاعك لمُساعدة الطلب حتى نتمكن من معرفة كيفية الاتصال بك. بإمكانك إرجاع الاستماراة لمُوظف الاستقبال أو ارسالها عن طريق البريد إلى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي (Community Services Office--CSO). بالنسبة لخدمات العناية على المدى الطويل، أرسل الاستماراة عن طريق البريد إلى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي. لن تحتاج إلى لقاء إن كنت تطلب الحصول على مُساعدة طبية فقط.

## سؤال: متى ستبدأ المُساعدة؟

**جواب:** إذا تأهلت للحصول على مُساعدة مالية، ستبدأ هذه المُساعدة في التاريخ الذي نتسأله فيه كل المعلومات لتحديد تؤهلك. إذا تأهلت للحصول على مُساعدة غذائية، يكون مبلغ المُساعدات التي تحصل عليها مبنيا على التاريخ الذي نتسأله فيه استماراة الطلب. بالنسبة للمُساعدة الطبية، يكون تاريخ بداية التعطية الطبية رهن البرنامج الطبي الذي تتأهل له وكذلك التاريخ الذي نتسأله فيه استماراة الطلب. بإمكانك طلب المُساعدة بالنسبة للفواتير الطبية السابقة.

## سؤال: ماذا لو احتجت إلى مُساعدة غذائية في الحين؟

**جواب:** بالإضافة إلى مدنًا باسمك وعنوانك وتوقيعك، أجب عن السؤال رقم 19 وسلمه إلى موظف الاستقبال في الحين. إن لم تكن في المكتب المحلي، بإمكانك إرسال هذه الاستماراة عن طريق البريد أو أن تسلّمها بنفسك إلى المكتب المحلي.

قد تحصل على المُساعدة الغذائية خلال خمسة (5) أيام من تاريخ استلامنا للطلب، إذا:

- قدّمت ما يثبت هويتك؛

- إن كان دخل عائلتك ضعيف جداً أو موارد أخرى؛
- أو إن لم يكن دخل عائلتك والموارد الأخرى يكفي لتعطية الإيجار الشهري والمرافق؛
- إن كان أحد أفراد العائلة، عاملًا متنقلًا عاطلاً عن العمل أو عاملًا فلاحياً موسمياً.

## معلومات هامة حول وضع الهجرة وأرقام الضمان الاجتماعي

- بإمكانك تقديم طلب للحصول على المُساعدة لبعض أفراد عائلتك حتى وإن كان بعض أفراد العائلة غير مُوهلين بسبب وضعهم القانوني إزاء الهجرة. توفر ولاية واشنطن بعض البرامج الطبية للأفراد بدون رقم ضمان إجتماعي أو ما يثبت وضعهم القانوني إزاء الهجرة.
- إذا احتجت إلى مُساعدة غذائية أو مالية، سوف تضطر إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو ما يثبت وضعهم القانوني إزاء الهجرة، بالنسبة للأشخاص المتقدمين بالطلب فقط. بإمكانك أن تُقدم رقم ضمانك الاجتماعي تلقائياً، ولكن نستعمله إلا للتثبت من المعلومات الضرورية، مثل دخلك، لتحديد تؤهلك. إذا اخترت عدم توفير رقم ضمانك الاجتماعي أو ما يثبت وضعهم القانوني إزاء الهجرة، سوف يتم التثبت من دخلك وموارديك إن كان ذلك ضروريًا لتحديد تأهيلك.

تمنع كتابة الدولة للفلاحة بالولايات المتحدة (U.S. Department of Agriculture -- "USDA") التمييز في كل برامجها ونشاطاتها باعتبار العرق أو اللون أو الجنس أو الدين أو البلد الأصلي أو التوجهات السياسية. بالنسبة للأشخاص ذوي إعاقة والذين تتطلب حالتهم وسائل إتصالات بديلة للمعلومات حول البرنامج (لغة برايل أو طباعة بالخط الكبير أو كاسيت سماعية، إلخ)، يجب عليهم الاتصال بمركز كتابة الدولة للفلاحة: "USDA's TARGET Center" بالرقم التالي: 720-2600 (202) (بالنسبة للصم والبكم). إذا أردت رفع دعوى في التمييز، الرجاء الكتابة إلى مكتب الحقوق المدنية.

USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 أو الاتصال بالرقم: 720-5964 (202) (بالنسبة للصم والبكم). تحترم كتابة الدولة للفلاحة مبدأ المساواة في التوظيف.

# طلب الحصول على مساعدة

APPLICATION FOR BENEFITS

إذا احتجت لمساعدة للأهزة الاستثمارية.

الرجاء تأشير هذا المربع وأخذه إلى موظف الاستقبال.



**FOR OFFICE USE ONLY**

DATE RECEIVED	INITIALS
---------------	----------

2. رقم هوية العميل (إن كان معروفاً)	الحرف الأول للاسم الثاني	اللقب العائلي	التوقيع (إلزامي)	
4. رقم الهاتف بالمنزل أو هاتف الرسائل الصوتية		الرمز البريدي	الولاية	المدينة
6. رقم الهاتف بالعمل		الرمز البريدي	الولاية	المدينة
7. عنوان البريد الإلكتروني				9. أنا متقدم بطلب للحصول على (الرجاء وضع إشارة على كل المربعات المناسبة): <input type="checkbox"/> مال <input type="checkbox"/> مساعدة غذائية <input type="checkbox"/> مساعدة طبية <input type="checkbox"/> مساعدة التمريض في المنزل <input type="checkbox"/> علاج بسبب الإدمان على المخدرات والكحول <input type="checkbox"/> مساعدة المعاش (رعاية داخل المنزل أو COPES) <input type="checkbox"/> غيره (الرجاء الشرح): _____
8. رقم الهاتف الجوال				

10. يجب أن يتم الحديث عن طريق الهاتف لأنني:  مُسن  مُعاق  أعمل  هناك إعاقات أخرى: \_\_\_\_\_

11. أحتاج إلى مترجم. أتحدث \_\_\_\_\_ أو لغة الإشارات؛ أريد رسالاتي باللغة: \_\_\_\_\_

12. إن كنت تطلب مساعدة غذائية، ما هو عدد الأفراد في عائلتك الذين تشتري الطعام وتعد لهم؟ \_\_\_\_\_

13. خلال 30 يوماً الماضية، حصلت على مساعدة مالية أو غذائية أو طبية من ولاية أخرى أو من مصدر آخر:  نعم  لا

14. لقد تمت إدانتي، أو إدانة شخص آخر أتقدم باسمه في هذا الطلب، بسبب جريمة لها علاقة بالمخدرات بعد تاريخ 21 أغسطس 1996:  نعم  لا

15. إنني، أو شخص آخر أتقدم باسمه في هذا الطلب، هارب من القانون لتجنب الذهاب إلى السجن بسبب جريمة  نعم  لا

16. إنني، أو فرد آخر من عائلتي في حالة، (أشر كل ما هو مُناسب):  حامل؛ تاريخ الولادة: \_\_\_\_\_

تم غلق المراقب أو ليس هناك تدفئة  في حالة طبية طارئة  إشعار بإخلاء محل

حالة عنف عائلي  إعاقة (أذكر النوع): \_\_\_\_\_

17. المعلومات التالية إرادية ولن تستعمل لتحديد تأهلك للحصول على المساعدة.

أصلي العرقي إسباني أو لاتيني:  نعم  لا أعتبر أصلي العرقي على أنه (أشر كل الأجوية المناسبة):  أبيض

أسود أو إفريقي-أمريكي  آسيوي  من موايد جزر هواي أو جزر الباسيفيك

من الهندو الصيني أو من موايد آسيا: ما هو اسم القبيلة: \_\_\_\_\_  غير ذلك (أذكر): \_\_\_\_\_

18. أذكر أسماء كل أفراد العائلة، حتى وإن كنت غير متقدماً بطلب نيابة عنهم (الحق أوراق إضافية إن كان ذلك ضروريًا).

الجنس ذكر أو أنثى	رقم الضمان الاجتماعي	خيارات لغير مقدمي الطلب		تاريخ الولادة	هل تزيد مساعدة لهذا الشخص؟ نعم لا	ما هي علاقة القرابة بينكم؟	الاسم (الأول، الوسط، اللقب العائلي)
		إن لم يكن مواطناً أمريكيًا، هل هناك وثيقة ثبت وضعه القانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مواطن أمريكي لا				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> أنا	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19.  أحتاج إلى مساعدة غذائية خلال الخمسة (5) أيام. ملاحظة: حتى نتمكن من تحديد تأهلك للحصول على مساعدة غذائية طارئة، املأ هذا القسم.

a. هل لديك أقل من 100 دولار نقداً؟  نعم  لا و:

هل ليس لديك دخل أو دخل الشهري أقل من 150 دولار؟  نعم  لا

b. هل يفوق المبلغ الشهري لإيجار والمراقب مبلغ دخلك الشهري؟  نعم  لا

c. هل أحد أفراد العائلة عاملًا متنقلًا عاطلاً عن العمل أو عاملًا فلاحياً موسميًا؟  نعم  لا

**FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service:**  Yes  No **Screener's Initials:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

رقم هوية العميل	رقم الضمان الاجتماعي	اسم صاحب الطلب				
<b>I. معلومات عامة</b>						
1. كل الأفراد الذين تقدمت بالطلب نيابة عنهم يسكنون في ولاية واشنطن. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان الجواب نعم، بداية من (أذكر التاريخ): _____						
2. أنا أو فرد آخر في عائلتي، أجنبي تحت الكفالة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						
3. أحد الأفراد لا يقيم معنا حالياً بصفة مؤقتة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان الجواب نعم، من هو هذا الفرد (أذكر اسم الفرد): _____						
4. أنا، أو أحد أفراد عائلتي من قدماء المحاربين أو معاو أو زوج (زوجة) أحد قدماء المحاربين (متوفياً أو على قيد الحياة): <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						
5. أنا أسكن في: <input type="checkbox"/> منزلي أو شقتي <input type="checkbox"/> منزل خاص بالبالغين <input type="checkbox"/> منزل مُخصص لمجموعة من الناس <input type="checkbox"/> غيره: _____ مُنشأة (أذكر النوع): _____						
6. أنا: <input type="checkbox"/> أعزب (عازبة) <input type="checkbox"/> متزوج (متزوجة) <input type="checkbox"/> متطلق (مطلقة) <input type="checkbox"/> منفصل (منفصلة) <input type="checkbox"/> أرمل (أرملة)						
<b>II. معلومات حول التأمين الصحي والطبي</b>						
أنا، أو نحن (ضع علامة على المربع المناسب):						
1. لدى (لدينا) مشاكل صحية تمنعني (تمتنعنا) من العمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						
2. لدى (لدينا) فواتير طبية غير مدفوعة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						
3. أحتجاج (تحتاج) إلى مساعدة لدفع فواتير طبية خلال الثلاثة (3) أشهر الماضية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						
4. أنوي (ننوي) الدخول إلى، أنا (نحن) في، أو غادرنا مؤخراً منشأة طبية (مثل المستشفى أو منشأة للرعاية): <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						
5. لدى (لدينا) تأمين صحي (بما في ذلك « ترايكار » أو تأمين Tricare (Long-Term Care Insurance). <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						
6. لدى (لدينا) مديكار Medicare: هذا مختلف عن القسميات الطبية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						
7. لقد أصبحت (أصبحنا) في حادث يتطلب عناية طبية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						
<b>III. الموارد</b>						
ليس عليك ملأ هذا القسم إن كنت متقدماً بطلب للحصول على مساعدة طبية للأطفال أو مساعدة طبية بسبب الحمل فقط.						
بالإضافة إلى العناصر المذكورة أدناه، تشمل الموارد النقد أو المال في حوزة شخص آخرين أو عقود البيع أو الماشية أو القمح (الحصاد، الشمار) والمعدات التجارية.						
1. لدى، لزوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدم بالطلب نيابة عنه، موارد: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان الجواب نعم، الرجاء ذكر هذه الموارد أدناه:						
نوع المورد؟	من يمتلك هذا المورد؟ اسم البنك؟	أين يوجد هذا المورد (مثال: اسم البنك)؟	البلد أو القيمة	من يمتلك هذا المورد؟ اسم البنك؟	أين يوجد هذا المورد (مثال: اسم البنك)؟	نوع المورد؟
حساب (حسابات) بنكية	\$	\$	\$	\$	\$	حساب (حسابات) إدخار أو نقابات التسليف
حساب (حسابات) مدفوعات نقدية أو السوق النقدية	\$	\$	\$	\$	\$	أصول تحت الوصاية أو إيراد سنوي
أسهوم أو سندات أو استثمارات مُشتركة صندوق تقاعد أو إجراءات التقاعد الشخصية (IRA)	\$	\$	\$	\$	\$	حسابات أو خطة أو قطعة أرض للدفن
تأمين على الحياة	\$	\$	\$	\$	\$	ملكية
غير ذلك:	\$	\$	\$	\$	\$	غير ذلك:
غير ذلك:	\$	\$	\$	\$	\$	أنا أو زوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، بعث أو تبادلت أو تنازلت عن أو نقلت مصدرها خلال الخمسة (5) سنوات الأخيرة (بما في ذلك المنقولات إلى أموال تحت الوصاية أو أملاك مدى الحياة): <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان الجواب نعم، ما هو هذا المورد: _____ متى: _____
السنة (مثال: 1980)	الموديل (مثال: إسکورٽ)	هل هذه العربية مؤجر؟	أنا (نحن) أستعمل هذه العربية لأغراض طبية.	أنا (نحن) لزلت مدياناً بالنسبة لهذه العربية.	نعم <input type="checkbox"/> لا	نعم <input type="checkbox"/> لا
السنة (مثال: 1980)	الموديل (مثال: فورد)	نعم <input type="checkbox"/> لا	نعم <input type="checkbox"/> لا	نعم <input type="checkbox"/> لا	نعم <input type="checkbox"/> لا	نعم <input type="checkbox"/> لا

#### IV. الدخل

1. لدى، أو لزوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، دخل: <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان الجواب نعم، املأ هذا القسم:		اسم صاحب العمل ورقم الهاتف
<p>المبلغ الإجمالي الحاصل (القيمة بالدولار قبل الضرائب)</p> <p>\$ كل: <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> أسبوعين</p> <p><input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً ساعات في الأسبوع:</p> <p>تاريخ الدفع (مثال: 1 و 15 من كل شهر، أو كل يوم جمعة): _____</p>		هل هذه وظيفة حرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من هو الشخص الحاصل على هذا الدخل:
<p>المبلغ الإجمالي الحاصل (القيمة بالدولار قبل الضرائب)</p> <p>\$ كل: <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> أسبوعين</p> <p><input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً ساعات في الأسبوع:</p> <p>تاريخ الدفع (مثال: 1 و 15 من كل شهر، أو كل يوم جمعة): _____</p>		اسم صاحب العمل ورقم الهاتف
2. أنا، أو زوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، غادر وظيفته خلال الستين (60) يوماً الماضين. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

الدخل آخر	دخل الجملي الشهري	من يحصل على الدخل؟	الدخل الشهري	من يحصل على الدخل؟	الدخل الشهري	مساعدات بسبب البطالة (عدم الشغل)
\$	\$					الضمان الاجتماعي
\$	\$					دخل إضافي من الضمان الاجتماعي (SSI)
\$	\$					إعالة طفل أو صيانة زوج (زوجة)
\$	\$					التقاعد أو المعاش
\$	\$					إدارة قدماء المحاربين (VA) أو الجيش
\$	\$					الشغل والصناعة (L&I) أو منافع التأمين
\$	\$					أموال تحت الوصاية أو إيراد سنوي
\$	\$					غير ذلك:

#### V. المصاريف (النفقات) الشهرية

الإيجار	الرهن	إيجار محلٌ	تأمين الملكية	ضرائب على الملكية	تقديرات الملكية
\$	\$	\$	\$	\$	\$
المراافق (ضع علامة على كل المربعات المناسبة): <input type="checkbox"/> الكهرباء (دون التدفئة) <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> التدفئة (الغاز، الكهرباء، النفط) <input type="checkbox"/> الماء، الزبلة، ...					
هناك وكالة أخرى، أو شخص آخر يساعدني على دفع قسط من، أو كل نفقات المنزل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
ما هي هذه النفقات: _____					
إن كان الجواب نعم، من: _____					
أقوم (نقوم) بدفع، أو من المنتظر أن أدفع (ندفع) (ضع علامة على كل المربعات المناسبة):					
<input type="checkbox"/> عناء طفل أو شخص معال من يدفع: \$ _____					
<input type="checkbox"/> إعالة طفل من يدفع: \$ _____					
<input type="checkbox"/> فواتير طبية من يدفع: \$ _____					

#### التصريح والتوكيل

لقد قرأت واطلعت على (أو قُسّرت لي) حقوقي وواجبات العميل (DSHS 14-113(X)). يجب أن أصرّح بكل التغييرات كما هو مطلوب من طرف الإدارة. يجب أن أقدم الأدلة الثابتة على أنني مؤهل. قد تساعدني إدارة DSHS على الحصول على هذه الأدلة أو الاتصال بأشخاص أو وكالات آخرين من أجل ذلك. بحصولي على المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (Temporary Assistance to Needy Families - TANF) أو مساعدات العناية الطبية، إني أحول بعض حقوقني فيما يتعلق بإعالة الطفل أو بالرعاية الطبية إلى ولاية واشنطن. أصرّح تحت طائل عقوبات الغش والتزوير أن المعلومات التي قدمتها في هذه الوثيقة صحيحة وحقيقة و كاملة إلى حدّ معرفتي. أنا متفهم أنه بالإمكان محاكمتي عدلياً إذا استلمت مساعدة غذائية أو طبية بصفة غير صحيحة لأنني قُمت عنوة بتقديم تصريحات مزورة أو لم أقدم عنوة معلومات كان على الإلقاء بها. يجب على صاحب المطلب فقط توقيع الوثيقة إن كان الطلب يتعلق بمساعدة غذائية. إن كان الطلب للحصول على مساعدة مالية أو طبية، يجب على كل أفراد العائلة البالغين توقيع الوثيقة.

توقيع صاحب الطلب الثاني البالغ	التاريخ	توقيع صاحب الطليس
توقيع الشاهد إن كان التوقيع بإشارة "X"	التاريخ	توقيع المساعد أو الممثل